FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 64.

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le* 28 *février* 1868,


PAR CHARLES BRICQUEBEC

Né à Carantan (Manche).


## ÉTUDE

SUR QUELQUES POINTS DE LA

## SÉMIOTIQUE DES HÉMIPLÉGIES RÉCENTES

### DANS LE RAMOLLISSEMENT ET DANS L'HÉMORRHAGIE DE L'ENCÉPHALE

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*


PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1868

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Doyen**, M. WURTZ.

**Professeurs.** MM.

| | |
|---|---|
| Anatomie | JARJAVAY. |
| Physiologie | LONGET. |
| Physique médicale | GAVARRET |
| Chimie organique et chimie minérale | WURTZ. |
| Histoire naturelle médicale | BAILLON. |
| Pathologie et thérapeutique générales | LASEGUE. |
| Pathologie médicale | AXENFELD.<br>HARDY. |
| Pathologie chirurgicale | RICHET.<br>BROCA. |
| Anatomie pathologique | VULPIAN. |
| Histologie | ROBIN. |
| Opérations et appareils | DENONVILLIERS. |
| Pharmacologie | REGNAULD. |
| Thèrapeutique et matière médicale | SÉE (G.). |
| Hygiène | BOUCHARDAT. |
| Médecine légale | TARDIEU. |
| Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés | PAJOT. |
| Clinique médicale | BOUILLAUD.<br>GRISOLLE.<br>MONNERET.<br>BÉHIER. |
| Clinique chirurgcale | N. . . . .<br>LAUGIER.<br>N. . . . .<br>GOSSELIN. |
| Clinique d'accouchements | DEPAUL. |

*Doyen honoroaire*, M. le Baron Paul DUBOIS.

*Profess. honoraires*, MM. ANDRAL, CLOQUET, CRUVEILHIER DUMAS et NÉLATON.

**Agrégés en exercice.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| MM. BUCQUOY. | MM. GUYON. | MM. LIÉGEOIS. | MM. PARROT. |
| CHARCOT. | HOUEL. | LEFORT. | POTAIN. |
| DESPLATS. | JACCOUD. | LORAIN. | RAYNAUD. |
| DESPRÉS | JOULIN. | LUTZ. | SÉE (M.). |
| DE SEYNES. | LABBÉ (Léon). | NAQUET. | TARNIER. |
| DOLBEAU. | LABOULBÈNE. | PANAS. | |
| FOURNIER. | | | |

**Agrégés libres chargés de cours complémentaires.**

| | |
|---|---|
| Cours clinique des maladies de la peau | MM. N. . . . |
| — des maladies des enfants | ROGER. |
| — des maladies mentales et nerveuses | N. . . . |
| — d'ophthalmologie | N. . . . |

*Chef des travaux anatomiques*, M. SAPPEY.

**Examinateurs de la thèse.**

MM. VULPIAN, *président*; DEPAUL, CHARCOT, DESPLATS.

M. FORGET, *Secrétaire*.

Par délibération du 7 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

*Faible témoignage de ma reconnaissance.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS :

## M. LE Dr LASÈGUE

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

(Année 1864).

## M. LE Dr RICHET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

(Année 1865).

## M. LE Dr MOREAU

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE.

(Externat, 1866.)

## M. LE Dr LABOULBENE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE,

(Externat 1867).

# INTRODUCTION

Les causes de l'hémiplégie sont très-nombreuses, mais le ramollissement et l'hémorrhagie sont assurément les plus communes. C'est à la symptomatologie de ces deux affections que nous nous sommes arrêté pour en faire l'objet de cette étude.

Nous avons donc l'intention de donner d'abord une description, sommaire des symptômes de l'hémiplégie au moment de l'attaque. Cette étude terminée, nous citerons plusieurs observations de ramollissement cérébral et d'hémorrhagie cérébrale, pour servir d'appui à notre description.

Enfin, nous prendrons certains symptômes, dont nous nous sommes occupé plus particulièrement, et nous nous y arrêterons d'une façon spéciale.

Mais avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis de prier M. Charcot d'accepter l'expression de notre gratitude pour les observations qu'il a mises à notre disposition et pour les matériaux qu'il a bien voulu nous communiquer.

Nous prions aussi notre excellent ami, M. le docteur Bouchard, d'accepter notre reconnaissance pour les savants conseils qu'il a bien voulu nous donner.

# ÉTUDE

## SUR QUELQUES POINTS DE LA SÉMIOTIQUE

DES

# HÉMIPLÉGIES RÉCENTES

## DANS LE RAMOLLISSEMENT

**et dans l'Hémorrhagie de l'Encéphale.**

## CHAPITRE PREMIER.

### DES SYMPTÔMES EN GÉNÉRAL.

L'hémiplégie peut débuter d'une façon subite, ou bien les symptômes prennent dès le début une marche progressive.

Nous allons nous occuper d'abord des phénomènes qui se passent lorsqu'il y a perte subite de connaissance. Dans la majorité des cas, l'individu, à la suite de souffrances plus ou moins vagues, perd tout à coup l'usage de ses facultés. Il tombe, soit par l'abolition du sentiment, soit par suite de la paralysie elle-même. Cette perte de connaissance

a une durée variable; l'individu peut même succomber sans reprendre l'usage de ses sens.

Les individus ainsi frappés brusquement sont trouvés le plus souvent étendus, la face hébétée; les traits sont déviés, les paupières sont fermées ou entr'ouvertes. La respiration est conservée et souvent même elle est bruyante. Si l'on cherche à les tirer de cet assoupissement en les tourmentant un peu, on s'aperçoit bientôt que les malades restent tout à fait inertes, ou qu'ils ne se défendent qu'avec les membres d'un seul côté du corps; ceux du côté opposé étant dans une immobilité plus ou moins complète.

La paralysie peut occuper toute une moitié du corps et constituer alors l'hémiplégie proprement dite; tantôt au contraire un seul membre peut être affecté; enfin, on remarque souvent de l'inégalité dans l'intensité de la paralysie des deux membres; le supérieur étant en effet presque toujours le plus compromis.

Outre cette privation de la motilité, on remarque dans les membres paralysés une flaccidité souvent très-grande; lorsqu'on les soulève, ils retombent comme une masse inerte; quelquefois cependant on observe une certaine roideur dans une ou plusieurs articulations.

Nous rappellerons seulement que la paralysie siége du côté opposé à la lésion cérébrale. Nous ne nous arrêterons pas non plus sur les paralysies appelées alternes par M. Gubler, dans lesquelles la face

est paralysée d'un côté, tandis que ce sont les membres de l'autre côté qui sont privés de mouvement.

La face est aussi plus ou moins atteinte dans son expression. D'une façon générale, les traits sont tirés du côté opposé à la paralysie.

La tête et les yeux sont dans beaucoup de cas tournés du côté sain ; nous consacrerons du reste un chapitre spécial à l'étude de ce phénomène déjà indiqué par M. Cruveilhier, et sur lequel M. Vulpian, et après lui M. Prevost ont fixé l'attention.

La langue elle-même peut être aussi paralysée. Sans parler des troubles plus ou moins intenses dans l'articulation des sons, nous voyons qu'elle tombe en sortant de la cavité buccale, sur la commissure du côté paralysé. Il arrive, en effet, que le muscle non paralysé pousse seul la langue, qui se trouve ainsi, faute d'antagonisme du muscle opposé, jetée du côté paralysé.

Si maintenant nous étudions ce qui se passe du côté de la sensibilité, nous voyons que l'anesthésie se montre, d'une façon générale, unie à la paralysie du mouvement; bien qu'elle soit moins fréquente que cette dernière.

Dans les cas d'hémiplégie grave, l'insensibilité est à peu près complète.

Suivant M. Valleix, dans l'hémiplégie proprement dite, la sensibilité n'est pas abolie dans une moitié totale du corps; l'insensibilité se rapproche beaucoup plus de la ligne médiane en arrière du corps,

qu'en avant. Suivant M. Grisolle, elle peut atteindre un degré tel que lorsque la peau des parties paralysées devient le siége d'une affection inflammatoire (erysipèle), les malades n'éprouvent souvent aucune douleur.

L'insensibilité est moins persistante que la paralysie du mouvement; la sensibilité, en effet, revient souvent avant le mouvement.

Les membres paralysés nous offrent encore un phénomène à peu près constant, c'est une élévation notable de la température par rapport à ceux du côté opposé. Nous consacrerons du reste un chapitre spécial aux modifications de la température cutanée.

Si maintenant nous interrogeons l'état général du malade, nous remarquons, suivant que l'attaque de paralysie a été plus ou moins violente, un abaissement variable de l'intelligence, des paralysies de la vessie et du rectum, du coma ou de l'agitation; la respiration est souvent embarrassée et stertoreuse. — Il y a quelquefois des vomissements, de l'embarras dans la déglutition ; en général pas de fièvre.

On remarque une céphalalgie variable dans son siége et son intensité, se faisant sentir assez souvent du côté opposé à la paralysie.

Nous ne ferons que signaler ici, vu que nous avons l'intention d'y revenir, la formation assez fréquente d'une eschare sur la fesse du côté paralysé.

La mort peut survenir dans les premiers jours

qui suivent l'attaque apoplectique ; plus souvent, après une sorte d'amendement des symptômes, on peut voir vers le neuvième jour le coma reparaître et des accidents entraîner rapidement la mort. Dans d'autres cas, l'existence du malade se prolonge, son état s'améliore graduellement, l'hémiplégie diminue et peut même disparaître; dans d'autres cas au contraire, elle devient permanente, et s'accompagne très-fréquemment de contracture dans les membres paralysés.

On voit que dans l'exposé de ces symptômes, nous en avons omis un certain nombre, tels que l'aphasie, les troubles des sens, les particularités ophthalmoscopiques que peut relever l'examen du fond de l'œil, et aussi certains symptômes concomitants qui paraissent se rattacher à la même cause que la lésion cérébrale elle-même ; que cette cause soit une affection cardiaque, ou l'athérome artériel, ou l'inopexie des cachexies et en particulier de la cachexie cancéreuse.

Après avoir décrit l'attaque de paralysie à forme apoplectique, nous dirons quelques mots de la paralysie à marche graduelle. Les malades dans cette dernière forme éprouvent une faiblesse qui se fait sentir dans les membres qui seront plus tard frappés de paralysie ; ils y ressentent des douleurs qui peuvent être variables dans leur siége. Ces douleurs, sur lesquelles M. Charcot a appelé notre attention, sont de nature diverse. Tantôt elles ont leur point de départ dans le cerveau, et alors le malade accuse

des fourmillements dans les membres ; tantôt au contraire, elles siégent le long du trajet d'un nerf qui présente alors tous les caractères d'une névrite; enfin elles se font sentir au niveau des articulations, qui présentent alors les altérations que l'on rencontre dans les arthrites.

On voit la paralysie et l'insensibilité qui s'accentuent de plus en plus. A un engourdissement général, succèdent la céphalalgie, la déviation de la face, l'embarras de la parole, la diminution de l'intelligence, la perte de la mémoire; en un mot les différents phénomènes que nous avons décrits plus haut. Enfin, peut arriver une somnolence continuelle, à laquelle succède un coma profond, et le malade succombe sans reprendre l'usage des ses facultés.

Il peut arriver aussi que la maladie ayant eu une marche progressive, reste stationnaire; il peut même se faire que les symptômes diminuent dans leur intensité, et le malade peut recouvrer en partie, par une marche rapide ou lente, l'exercice de ses fonctions.

Ici nous terminons la description générale de la symptomatologie des hémiplégies récentes. Comme on a pu le remarquer, nous ne nous sommes arrêté à aucun symptôme en particulier; nous consacrerons quelques chapitres à la description de plusieurs d'entre eux. Nous n'avons voulu, en effet, dans ce qui précède, que donner un tableau général de cet ensemble symptomatique.

## CHAPITRE II.

### EXAMEN DE QUELQUES FAITS RELATIFS AU RAMOLLISSEMENT ET A L'HÉMORRHAGIE DE L'ENCÉPHALE.

Après avoir exposé sommairement les caractères cliniques du ramollissement et de l'hémorrhagie de l'encéphale, nous allons rapporter un certain nombre d'observations, dont quelques-unes, que l'on peut considérer comme type, viendront corroborer par des faits la description générale que nous avons donnée dans le chapitre qui précède. En outre, ces observations serviront également à justifier les discussions que nous aurons à faire dans l'exposé des symptômes auxquels nous consacrons un chapitre spécial.

#### OBSERVATION Ire.

Hémiplégie gauche. — Ramollissement. — Déviation de la tête et des yeux. — Différence de coloration du sang dans les deux bras.

Braisier (Catherine), âgée de 63 ans, est entrée le 6 juillet 1867, dans le service de M. le Dr Charcot.

Cette femme avait habituellement une bonne santé.

Le jour de son entrée dans le service, elle a été prise d'un éblouissement et est tombée sans connais-

sance. Lorsqu'on l'a ramassée, elle avait la bouche déviée et pleine d'écume. Le bras gauche était flasque. La malade a repris connaissance.

6 juillet : A la visite du matin, la malade a complétement sa connaissance ; elle n'accuse pas de douleurs de tête; la parole est un peu embarrassée.

La face tournée à droite est pâle; les yeux sont dirigés en haut et à droite; les pupilles sont toutes les deux dilatées, surtout celle du côté droit.

24 respirations.

80 pulsations.

Le membre supérieur gauche est plus chaud que le droit ; mais la malade peut le mettre sur sa tête ; la sensibilité y est bien conservée.

Le membre inférieur gauche est aussi plus chaud que celui du côté opposé ; les mouvements y sont conservés.

La température du rectum est de 38°.

Le même jour à la visite du soir, la malade est dans un demi-coma; elle a vomi son repas du soir. Elle répond aux questions qu'on lui fait. Le membre paralysé peut être élevé par la malade sur la tête, mais moins facilement que ce matin.

La sensibilité est d'une manière spéciale trèsobtuse.

La main paralysée est certainement ce soir plus froide que celle du côté opposé.

Le pouls est régulier; 104 pulsations.

La température du rectum est de 40°.

La malade se plaint constamment ; elle a eu une diarrhée abondante toute la journée.

7 juillet. A la visite du matin, la malade est éveillée ; elle répond aux questions qu'on lui adresse. Sa tête est tournée à droite, mais sans rigidité. Les yeux sont également dirigés vers la droite ; la pupille du côté droit est toujours dilatée. La paralysie faciale existe toujours du côté gauche.

La malade se sert du membre supérieur gauche d'une façon presque complète. Les deux membres inférieurs peuvent faire leurs mouvements normaux ; le genou du côté gauche est plus chaud que celui du côté opposé ; la sensibilité y est normale.

La peau est généralement chaude. La malade bâille beaucoup.

La respiration est très-inégale, non bruyante. Les battements du cœur sont lointains et faibles.

L'auscultation des poumons donne des râles ronflants. La température du rectum est de 38°,4.

A la visite du soir, on trouve la malade dans un demi-coma ; elle répond aux questions qu'on lui fait sans ouvrir les yeux.

La face est dans le même état ; nystagmus très-marqué.

Les membres du côté gauche sont notablement plus chauds.

La sensibilité est très-obtuse du côté gauche.

La température du rectum est de 39°,5.

8 juillet. Ce matin, à la visite, la malade a toute

sa connaissance. Elle porte facilement sa main gauche à la tête ; elle soulève également le membre inférieur du même côté.

Il n'y a pas de différence de température entre les deux moitiés du corps.

La température du rectum est de 38°,6.

A la visite du soir, la malade est moins bien que ce matin; elle est plongée dans le coma. Elle répond cependant, quand on la presse, aux questions qu'on lui fait; la sensibilité est aussi conservée.

Lorsqu'on refroidit les deux membres avec de l'eau glacée, on s'aperçoit que le membre inférieur gauche se refroidit notablement moins que celui du côté opposé.

La température du rectum est de 39°,2.

9 juillet. La tête et les yeux sont dirigés du côté droit du corps; la pupille droite est toujours plus dilatée que celle du côté opposé.

Le bras gauche peut être élevé par la malade; il en est de même du membre inférieur du même côté.

La malade paraît avoir toute son intelligence.

La déglutition est assez difficile.

La température du rectum est de 38°,4.

Le même jour, à la visite du soir, on a trouvé la malade dans le même état; il y avait un peu plus de fièvre.

La température du rectum était de 38°,8.

10 juillet. L'état intellectuel est le même. La respiration est bruyante. Il y a une différence assez

notable de température entre les deux membres supérieurs. Celui du côté gauche (côté paralysé) retombe lourdement lorsqu'on le soulève. La sensibilité est diminuée du côté gauche.

La déglutition est encore plus difficile qu'hier. On remarque à l'orifice des fosses nasales et sur les lèvres des croûtes d'herpès.

La température rectale est de 38°,5.

Une saignée faite à chacun des bras donne des résultats différents : du côté paralysé, on obtient un sang d'un rouge vif ; du côté droit, on obtient un sang veineux ordinaire.

A la visite du soir, on trouve la malade à peu près dans le même état. Les mouvements réflexes moins prononcés du côté gauche, existent cependant dans les deux membres inférieurs.

La température du rectum est de 38°,9.

11 juillet. La malade répond aux questions qu'on lui adresse ; mais il y a de la difficulté dans la prononciation. Les yeux sont fortement déviés à droite.

Le côté paralysé est dans le même état ; on remarque cependant une augmentation de température du côté gauche.

Il y a 92 pulsations.

La température du rectum est à 38°,2. On ne remarque aucune tache ecchymotique au sacrum, ni aux fesses.

A la visite du soir, on trouve que la malade a une respiration bruyante et embarrassée ; il y a 38 respirations, et 112 pulsations.

La langue est sèche et couverte d'un enduit blanc très-épais.

Le sphygmographe, appliqué sur la radiale de chaque bras, donne une différence entre les deux tracés. La pulsation du côté paralysé est plus ample que celle du côte sain.

La température rectale est à 39°,7.

La différence de température est très-marquée pour les membres supérieurs ; pour les inférieurs, il y a une différence peu sensible.

12 juillet. La malade est plus abattue que les jours précédents ; elle répond difficilement aux questions qu'on lui fait. Sa tête n'est plus dirigée vers la droite ; elle regarde en face ; les yeux sont dirigés vers le ciel du lit. La face est rouge et chaude. Une sueur visqueuse à odeur aigrelette existe sur tout le corps.

Les membres supérieurs sont dans la résolution complète ; ils sont très-chauds tous les deux et recouverts de sueur.

Les membres inférieurs sont dans le même état.

La bouche est entr'ouverte ; la respiration est bruyante, précipitée.

Le pouls est petit, 132 pulsations ; le sphygmographe donne une différence sensible entre les deux pouls.

La température du rectum est à 40°,4. La région sacrée est rouge d'une manière uniforme, mais sans excoriation. La malade est morte à cinq heures du soir.

Dix minutes après la mort, la température du rectum est montée à 42°,5; deux heures après, il y avait encore 42° de température.

Le lendemain 13 juillet, il y avait une différence très-marquée entre les deux membres supérieurs; le bras droit est rigide, tandis que celui du côté gauche (côté paralysé) est flasque complétement. Les deux membres inférieurs sont dans la rigidité.

*Autopsie.* On trouve dans l'hémisphère droit, vers la partie superficielle du noyau intra-ventriculaire du corps strié, une plaque de ramollissement.

### OBSERVATION II.

Hémiplégie droite.— Ramollissement cérébral par suite d'une thrombose dans l'artère sylvienne non athéromateuse. — Sang tiré de la veine plus rouge du côté paralysé que du côté sain. — Eschare.

Morlet (Marie), âgée de 84 ans, est entrée le 31 octobre 1867 dans le service de M. le Dr Charcot.

Cette malade n'avait pas d'infirmités; elle marchait et se portait habituellement bien. Depuis un mois cependant elle était moins gaie que de coutume et plus nonchalante.

Le 31 octobre 1867, la malade fut prise tout à coup pendant sa promenade d'un étourdissement et elle est tombée en perdant connaissance. Ceci se passait vers trois heures de l'après-midi. A la visite du soir, vers sept heures on a trouvé la malade ayant

sa connaissance presque complète; elle est calme dans son lit, les yeux ouverts et dirigés vers la gauche; la lumière d'une bougie lui est pénible.

Lorsqu'on lui parle, elle répond quelques syllabes inarticulées.

La face n'est pas notablement rouge; les yeux sont ouverts, le droit moins que le gauche, la paupière supérieure droite étant notablement abaissée. Le sillon naso-labial droit est en partie effacé; la commissure labiale droite très-abaissée. Lorsqu'on pince la malade quelque part, le côté gauche seul de la face grimace, le côté droit reste immobile; la malade, suivant l'expression consacrée, fume la pipe avec la joue droite.

On ne peut lui faire tirer la langue.

D'une façon générale la face regarde à gauche.

Le membre supérieur droit est plus chaud que celui du côté gauche; il est appuyé sur le devant de la poitrine. La paralysie du mouvement dans ce membre paraît complète; il n'y a pas de mouvements spontanés. Lorsqu'on pince ce bras, la malade gémit et avance l'autre bras pour le garantir; mais il ne se fait aucun mouvement ni dans le bras, ni dans l'avant-bras, ni dans la main. Lorsqu'on soulève ce membre, il tombe lourdement.

La sensibilité est fort peu amoindrie au bras droit.

La température de l'aisselle droite est la même que celle de l'aisselle gauche, 37°.

Il y a un peu de rigidité dans l'articulation du coude droit.

L'artère radiale droite est très-ossifiée ; la gauche l'est beaucoup moins.

Membre inférieur droit : la paralysie y est complète, il n'y a pas de rigidité dans ce membre; la sensibilité y est conservée. La température des deux membres inférieurs est la même aux genoux lorsqu'on découvre la malade ; mais, après l'exposition à l'air de ces deux membres, le genou droit a une température plus élevée. Le pied droit offre une température plus froide que celui du côté gauche. Les mouvements réflexes, produits par le chatouillement de la plante des pieds, sont très-diminués du côté droit.

La température du rectum est de 37°,5.

Le pouls est à 72 pulsations ; il est petit et régulier.

La respiration est très-calme.

Pas de vomissements.

L'auscultation du cœur fait reconnaître un souffle au premier temps.

1er novembre. La malade a passé une nuit assez tranquille. A la visite du matin, on la trouve dans l'état suivant : la face est tournée vers l'épaule gauche, avec un peu de roideur dans les muscles du cou.

La commissure gauche est fortement déviée en haut et à gauche; la face est rouge; les paupières

sont à moitié closes. Les yeux sont incomplétement tournés vers la gauche.

La malade est plongée dans une sorte de stupeur; si on veut l'en retirer en l'excitant un peu, on n'obtient que quelques grognements.

La langue est sèche et ne peut être poussée hors la bouche.

La respiration est bruyante, égale; 28 respiration à la minute.

Le pouls est régulier et bat 80 pulsations.

Membre supérieur droit : la main droite est plus chaude, plus colorée que celle du côté opposé; ce membre est flasque, retombe inerte lorsqu'on le soulève; la sensibilité y est conservée. En pinçant ce bras, on obtient quelques mouvements réflexes, qui consistent en une élévation de la main le long du corps.

La malade porte souvent la main gauche à la tête; il y a dans cette main de la carphologie.

Membre inférieur droit : ce membre n'est pas tout à fait flasque; il est complétement paralysé; le genou de ce côté paraît un peu plus chaud que celui du côté opposé.

La malade tend toujours à tomber du côté paralysé.

Sur la fesse droite, on remarque un point, d'une coloration rosée.

La température du rectum est de 38°,3.

L'auscultation de la poitrine, fait découvrir à droite une respiration soufflante.

A la visite du soir, on trouve la malade plus absorbée; elle ne ronfle pas; les yeux sont fermés. Si on la réveille, elle agite son bras gauche. La différence de température est toujours marquée aux membres supérieurs; le droit est toujours flasque.

Pour les membres inférieurs, voici ce qui a été constaté avec la plus grande exactitude : au moment où on découvre la malade, le genou droit qui est paralysé est moins chaud que le gauche; mais après cinq minutes d'exposition à l'air, le genou gauche s'est refroidi et le droit est devenu relatiment plus chaud.

Les autres phénomènes, tels que la respiration, le pouls, la température, n'ont pas changé.

Une saignée a été faite à chacun des deux bras; le sang du côté paralysé est notablement plus rose que celui du côté gauche. Les deux sangs présentés à plusieurs personnes sont faiblement distingués.

2 novembre. A la visite du matin, on examine le sang tiré la veille des deux membres supérieurs. Le sang du côté paralysé, offre un caillot bien séparé du sérum et recouvert d'une petite couenne de couleur jaune ; celui du côté gauche offre aussi un caillot, mais sans couenne à sa surface. La malade offre un état général plus mauvais. La face est tournée vers la gauche ; les paupières de l'œil droit sont complétement agglutinées; l'œil gauche est entr'ouvert; les deux yeux sont tournés immobiles vers la gauche.

Il y a de la roideur du cou.

La respiration est bruyante; on entend un rhonchus trachéal ; il y a 28 respirations.

La face est pâle et terreuse.

Le membre supérieur gauche exécute constamment des mouvements de carphologie. Celui du côté droit est tout à fait inerte et ne présente pas de roideur articulaire; sa température est plus élevée que celle du membre gauche. La sensibilité est conservée dans le membre supérieur droit, car lorsqu'on le pince, la malade grimace.

Coloration du dos de la main plus marquée à droite.

Les membres inférieurs sont dans le même état que les jours précédents.

La température du rectum est de 38°,8.

La tache rouge que nous avons remarquée sur la fesse droite s'est agrandie et a pris une coloration plus foncée.

L'auscultation de la poitrine fait reconnaître des râles ronflants dans les deux poumons.

Le même jour à la visite du soir, on a trouvé la malade dans un état comateux profond; toute espèce de mouvement a cessé. La perte de connaissance et de sensibilié existent complétement.

Il y a du ronflement et du râle laryngo-trachéal.

Il y a 38 respirations ; le pouls est à 136 pulsations.

La température rectale est à 40°.

On remarque que tout le corps est en sueur; pas de différence marquée pour un côté du corps.

La chaleur est générale sur tout le corps. On remarque que la plaque de la fesse droite est noirâtre ; il y a un soulèvement de l'épiderme.

Le bras droit est complétement flasque, celui du côté gauche est très-roide et dans la demi-flexion.

Les deux membres inférieurs sont rigides, surtout le gauche.

Examen de l'urine : retirée de la vessie au moyen de la soude, elle laisse précipiter un dépôt assez considérable, purulent. Traitée par l'acide nitrique, on y voit se développer des flocons d'albumine ; avec la liqueur bleue, on ne reconnaît aucune trace de sucre.

Le dépôt examiné au microscope présente des globules de pus et des grandes cellules épithéliales.

Constipation depuis l'attaque.

Les pupilles sont très-contractées.

La malade est morte le 3 novembre, à six heures du matin.

Vers dix heures du matin, voici ce qui a été remarqué à l'examen du cadavre : rigidité du membre supérieur gauche ; flaccidité du membre supérieur droit. Aux membres inférieurs la même différence existe, mais moins prononcée.

Le côté paralysé est plus froid que le côté non paralysé.

*Autopsie.* — Hémisphère gauche : ramollissement du corps strié ; un certain nombre de circonvolutions du lobe occipital gauche présentent un ramollissement jaune sale.

L'artère sylvienne du côté gauche est obliterée par un caillot fibrineux qui se prolonge dans ses deux branches. Hémisphère droit : oblitération récente de l'artère sylvienne; pas de ramollissement.

### OBSERVATION III.

Hémiplégie droite. — Ramollissement cérébral à marche progressive ayant débuté par une paralysie faciale. — Eschare.

Combe-Ferrier (Flore-Virginie), âgée de 72 ans, est entrée, le 4 août 1867, dans le service de M. le Dr Charcot.

Depuis longtemps cette malade s'était aperçue que son bras droit était plus faible que celui du côté opposé. Elle marchait difficilement. Elle était sujette au mal de tête et à de fréquents étourdissements. La parole était très-bien conservée.

La veille de son entrée, on s'est aperçu qu'elle ne pouvait plus causer et que la moitié de sa figure était paralysée. Elle n'a pas perdu connaissance.

5 août. Il y a un embarras de la parole très-marqué; le côté droit de la face est paralysé, la langue et les yeux ne sont pas déviés; l'intelligence est conservée. Tout le côté droit du corps est sensiblement plus faible que l'autre moitié. Même température des deux côtés du corps. La sensibilité est bien conservée. La malade gâte depuis hier seulement. La température du rectum est de 37°,8.

6 août. La langue est sensiblement déviée du côté paralysé; la paralysie du bras et celle de la jambe du côté droit ont augmenté. La sensibilité est conservée; la malade parle toujours très-difficilement.

La face est rouge et animée. La respiration est difficile et accompagnée d'un râle bronchique.

La température du rectum est de 37°,9; celle de l'aisselle droite, 37°,4; celle de l'aisselle gauche, 36°,8; celle du pli du coude du côté droit est de 35°,2, et celle du pli du coude du côté gauche est de 34 °,4.

La malade a vomi à huit heures du soir.

7 août. La malade est continuellement dans le décubitus dorsal. La face est pâle et les traits sont tirés. Elle ne répond plus aux questions qu'on lui fait, bien qu'elle semble les comprendre.

La respiration est accompagnée d'un rhonchus humide trachéal.

Le membre supérieur droit, plus chaud que celui du côté gauche, est complétement paralysé, mais il y a conservation de la sensibilité.

Le membre inférieur droit est aussi plus chaud que celui du côté gauche; il est paralysé incomplétement.

Le pouls est faible, 88 pulsations.

On remarque sur la fesse droite une petite plaque violette ne disparaissant pas par la pression, et ayant la largeur d'une pièce de 50 centimes.

La température du rectum est de 38°.

A la visite du soir, il y a eu un rhonchus trachéal très-fort. L'intelligence de la malade semble conservée. La sensibilité et les mouvements réflexes sont conservés des deux côtés du corps.

Les yeux sont toujours dirigés à gauche. La face est rouge et animée. Le bras droit est manifestement plus chaud que le gauche.

La température du rectum est de 38°,6.

La plaque que nous avons remarquée sur la fesse droite est recouverte d'une petite vésicule remplie d'un liquide citrin.

8 août. A la visite du matin, on a trouvé la malade dans un coma profond. La respiration est accompagnée d'un râle laryngo-trachéal; il y a de l'écume à la bouche. La face est tuméfiée et d'une couleur violette. Le membre supérieur droit est flasque et il est toujours plus chaud que celui du côté gauche; au toucher, ce membre est dans un état de moiteur que n'a pas le membre du côté opposé. Le membre inférieur droit est plus chaud que le gauche, et il n'y a pas de mouvements réflexes comme dans le membre inférieur gauche.

La température du rectum est de 39°,2.

Le même jour, à la visite du soir, on trouve la face plus violette qu'à la visite du matin, les yeux sont fermés, mais il y a du nystagmus. Les mouvements réflexes sont abolis des deux côtés.

La température de l'aisselle droite est de 38°,3;

celle de l'aisselle gauche est de 38°,2; celle du rectum est de 40°.

L'eschare offre l'aspect d'une excoriation ayant la largeur d'une pièce de 5 francs.

La malade a succombé dans la nuit.

*Autopsie.* — Oblitération de l'artère sylvienne du côté gauche. — On trouve à la partie antérieure et supérieure de la circonvolution marginale inférieure de la scissure de Sylvius, une plaque de ramollissement.

L'épiderme du bras droit nous semblait s'enlever plus facilement que celui du côté sain.

## OBSERVATION IV.

Hémiplégie gauche.— Ramollissement cérébral.— Prodromes choréiformes. — Déviation de la tête et des yeux. — Élévation de la température après la mort.

Foureau (Charlotte), âgée de 72 ans, exerçant la profession de brodeuse, est entrée le 23 septembre 1867 dans le service de M. le D[r] Charcot.

Il n'a pas été possible d'avoir des renseignements sur la santé antérieure de la malade.

Trois jours avant son entrée au service, la malade a eu plusieurs étourdissements, sans perte de connaissance; on s'est aperçu que sa bouche était déviée, mais la sensibilité était conservée.

Le jour suivant, on a constaté quelques mouve-

ments choréiformes dans le côté gauche, puis dans le côté droit, qui se sont localisés au bras gauche. Elle ne pouvait rester un moment tranquille. Ces mouvements ont cessé le 29 ou 30 septembre. Elle a éprouvé aussi dans son lit des vertiges, dont elle rend compte en disant qu'il lui semblait qu'on la poussait, et qu'elle avait de la tendance à tomber à gauche.

Le 2 octobre, la malade ayant voulu se lever pour aller à la selle, est tombée. Elle avait de l'écume à la bouche, ne pouvait plus parler, mais elle n'a pasperdu connaissance. On l'a portée à son lit; son corps se laisse aller vers le côté gauche.

La malade peut à peine soulever le bras gauche; la tête est penchée vers l'épaule gauche avec un peu de roideur dans le muscle sterno-mastoïdien gauche; les yeux sont dirigés du côté droit, et lorsqu'on cherche à leur faire quitter cette position, en forçant la malade à suivre le doigt que l'on porte vers la gauche, on reconnaît qu'ils restent immobiles.

La commissure labiale droite est serrée en haut; et si on fait grimacer la malade, on reconnaît que les sillons du côté droit de la face sont plus marqués qu'à gauche.

La main gauche est très-chaude; celle du côté droit est froide.

Le pouls offre une différence remarquable; à droite on le perçoit à peine; à gauche, au contraire, il est très-perceptible.

Le membre inférieur droit peut être levé; celui du côté gauche ne peut être détaché du lit. La température est la même dans ces deux membres.

Il n'y pas d'*arcus senilis*, pas d'ossification appréciable des artères.

La face est sans expression, mais l'intelligence est conservée.

La langue est déviée vers la gauche; elle est couverte d'un enduit blanchâtre. Lorsqu'on fait parler la malade, on voit que la joue est soulevée par l'air expiré. Depuis hier, à deux heures, la malade éprouve de la difficulté à parler.

3 octobre. La malade a été assoupie toute la nuit. Ce matin la langue est blanche et fortement déviée à gauche. La face et les yeux sont dans la même attitude qu'hier. Le membre supérieur gauche est toujours plus chaud que le droit.

Le membre inférieur gauche est aussi plus chaud que le droit. La malade peut soulever un peu la jambe gauche. Constipation depuis trois jours.

La température du rectum est de 38°,3; celle de l'aiselle gauche est de 37° et celle de l'aiselle droite est de 36°,6.

A la visite du soir, la malade présente le même état. La température du rectum est de 38,6; celle de l'aisselle gauche est de 37,6; celle de l'aisselle droite de 37,4.

Le 4. A la visite du matin, on remarque que les yeux tournés vers la droite ne peuvent être dirigés du côté gauche; la paupière supérieure gauche

est un peu tombante; la commissure labiale du côté gauche est très-déviée; la face est pâle du même côté; la langue est fortement déviée vers la gauche. Le bras du côté gauche (côté paralysé) peut être soulevé à peine du lit; la température de ce membre est plus élevée que celle du côté opposé.

Le pouls bat 100 pulsations, irrégulières.

Le sommeil est calme, sans ronflement. 44 respirations.

En tirant la malade de la stupeur où elle est plongée, on remarque la pupille droite qui est plus contractée que la gauche.

La malade peut un peu soulever sa jambe gauche, mais il y a une différence sensible avec les mouvements de la jambe droite.

L'infirmier a remarqué que depuis deux jours la malade éprouve une certaine difficulté dans la déglutition. Il est survenu un peu de toux; l'auscultation de la poitrine faite avec soin fait reconnaître des râles sous-crépitants et muqueux.

La température du rectum est de 39°, garde-robes nombreuses à la suite d'un lavement purgatif.

La température de l'aisselle gauche est de 37°4; celle de l'aisselle droite est de 37,2.

Il n'y a pas d'eschare au sacrum.

A la visite du soir, on a trouvé la malade très-assoupie. La température du rectum a monté à 40°,1; celle de l'aiselle gauche est la même que celle de l'aiselle droite 38°,9.

Le pouls est à 116 pulsations; il est irrégulier, petit, à peine sensible à la radiale droite.

Le 5. A la visite du matin, on trouve la malade dans un assoupissement profond ; on ne peut, quoi qu'on fasse, la réveiller. Si l'on pince la malade, elle fait à peine quelques grimaces et elle retombe dans la somnolence.

La température du corps est élevée d'une façon générale; celle du rectum est à 40°,5.

Il y a 56 respirations à la minute, sans bruit, sans râle laryngo-trachéal.

Les pulsations sont irrégulières, petites, au nombre de 96.

Sur chacune des deux fesses, on remarque une tache violette.

Lorsqu'on soulève le membre supérieur gauche, il retombe inerte; celui du côté droit est contracturé; il se fléchit et s'étend avec peine aux membres inférieurs, il y a de la flaccidité à gauche et de la rigidité à droite.

La face est toujours tournée à droite; les yeux sont xfies et dirigés en face.

La malade est morte à trois heures du soir; elle a eu le râle pendant une demi-heure.

Le cadavre ayant été transporté sur la table froide de l'amphithéâtre vers cinq heures du soir, il a été constaté à six heures de la rigidité aux membres inférieurs; les membres supérieurs sont dans la résolution. La température du rectum est encore à 40°,3.

*Autopsie.* Le cœur est de volume normal ; petites végétations disposées en guirlandes sur les valvules sigmoïdes de l'aorte.

L'aorte est très-athéromateuse.

Les poumons sont très-congestionnés; celui du côté gauche présente des points hépatisés.

Les reins sont volumineux et congestionnés.

Rien de particulier au foie.

*Encéphale.* Les méninges sont à l'état normal. Les artères de la base de l'encéphale sont un peu athéromateuses. Une des branches de bifurcation de la sylvienne du côté droit est complétement oblitérée par un caillot fibrineux.

La surface des circonvolutions est à l'état normal.

On n'a rien trouvé dans l'hémisphère gauche.

Hémisphère droit : il présente une lésion très-limitée, occupant exclusivement la substance blanche située au-dessus de la capsule interne. A l'œil nu, cette lésion est caractérisée par une certaine diffluence de la substance blanche; elle a le volume d'une noisette. Au microscope, on trouve des corps granuleux sans membrane d'enveloppe, et constitués par des granulations graisseuses agitées d'un mouvement brownien, très-net. Les tubes nerveux ont un aspect variqueux.

## OBSERVATION V.

Hémiplégie gauche. — Ramollissement cérébral. — Eschare.

Henry (Catherine), âgée de 89 ans, exerçant la profession de lingère, est entrée le 21 septembre 1866 dans le service de M. le Dr Charcot.

Cette malade jouissait habituellement d'une bonne santé.

Le 21 septembre, à huit heures du matin, elle s'est trouvée mal tout d'un coup, a perdu connaissance complétement pendant cinq minutes.

A son entrée dans le service, à dix heures du matin, on la trouve dans l'état suivant : la malade a toute sa connaissance ; elle répond aux questions qu'on lui adresse; pas de symptômes de paralysie; elle meut facilement tous ses membres; pas de fièvre. Dans la même journée, la malade a été très-agitée; elle a eu du délire; on a été obligé de l'attacher dans son lit. La face est rouge. On remarque que le côté gauche est paralysé; pas de contracture.

23 septembre. Même état. La température du rectum est de 38°. La main gauche est plus chaude que celle du côté droit.

Le 24. Le bras gauche retombe inerte lorsqu'on le soulève; la sensibilité y est conservée. Les deux jambes peuvent s'élever à une certaine hauteur.

Il n'y a pas de torsion de la tête.

La langue tirée un peu vers la gauche.

La paralysie faciale existe du côté gauche.

Intelligence conservée.

La malade accuse des douleurs dans le bras gauche qui est paralysé.

La température du rectum est de 37°,1.

La malade gâte. Le pouls est régulier; il y a 68 pulsations.

Le 26. Même état. La malade est tombée de son lit pendant la nuit.

Le 28. La malade remue son bras gauche qu'elle peut élever un peu au-dessus de son lit.

2 octobre. La malade a été très-agitée la nuit dernière. Le bras gauche exécute quelques petits mouvements.

L'état de la malade est resté stationnaire environ pendant un mois.

5 novembre. La malade est agitée depuis deux jours. Hier soir, elle n'a pu parler, bien qu'elle semblait comprendre ce qu'on lui disait.

Le bras gauche est tout à fait paralysé, mais sensible; le bras droit fait des mouvements n'ayant aucun but.

Les pupilles sont contractées; les yeux sont fixes.

La jambe gauche a conservé quelques mouvements.

Pouls à 88 pulsations.

Le 7. La malade a eu des vomissements; elle parle un peu.

On remarque sur la fesse gauche un commencement d'eschare.

La température du rectum est de 38°,1.

Le 8. La malade a été très-agitée pendant la nuit.

La température du rectum est de 37°,1.

Le 13. L'agitation continue; il y a du délire. La température du rectum est stationnaire, 37°,1.

Le 18. Même état. L'eschare est plus prononcée sur la fesse gauche que les jours précédents.

La malade est morte le 24 novembre, à dix heures du soir.

*Autopsie.* Au niveau de la partie latérale et posterieure de l'hémisphère cérébral droit, on trouve le tissu des circonvolutions, d'une couleur jaune ocrée, mais non diffluent. Les circonvolutions incisées dans ce point mettent à découvert une cavité, ayant par l'écartement de ses parois le volume d'une noix. Le microscope démontre d'innombrables corps granuleux avec des granulations graissesseu.

## OBSERVATION VI.

Ramollissement cérébral symétrique. — Cardiopathie. — Début apoplectique. — Albuminurie. — Déviation de la tête du côté paralysé.

Bertaut (Françoise), âgée de 79 ans, est entrée

le 11 janvier 1866, dans le service de M. le D$^{r}$ Charcot.

Depuis quelque temps la malade se plaint de battements de cœur et d'étouffements.

12 janvier. Elle est entrée dans ce service, à la suite d'un accès de suffocation. L'auscultation de la région précordiale, faite avec soin, donne : impulsion vive du cœur ; bruit de souffle au premier temps et à la pointe ; le premier bruit est accompagné d'un piaulement ; le second ne s'entend pas.

On reconnaît, au moyen de la chaleur et de l'acide nitrique, qu'il y a de l'albumine dans l'urine.

Le 13. Même état ; envie de vomir.

Le 15. La malade est forcée de s'asseoir sur son lit.

Le 16. Hier soir, il y a eu un accès de suffocation.

4 mars. Depuis une quinzaine de jours, l'état de la malade n'a pas changé ; il y a eu moins d'oppression.

Le 11. L'oppression a notablement augmenté, depuis le 9 mars, la malade est dans l'état comateux, couchée toujours sur le dos. Les deux membres inférieurs et le bras droit ont conservé leurs mouvements ; mais le bras gauche est flasque et ne peut se mouvoir. La langue est fixée du côté gauche ; les yeux tournés du côté droit ; la tête tournée du côté paralysé, y revient lorsqu'on la tourne du côté droit.

La main gauche semble plus chaude que la droite, bien que d'une façon générale les membres soient algides et cyanosés.

A la visite du soir, on trouve la malade ayant perdu complétement connaissance, mais dans un état d'agitation continuelle.

Température de la main gauche paralysée, 31°,8; celle de la main droite est de 27°,2; ainsi, grande différence de température bien nettement constatée entre le côté paralysé et l'autre.

Souffle cardiaque au premier temps et à la pointe existant toujours.

La température du rectum est de 27°,2.

Les urines contiennent toujours de l'albumine.

Le 12. La malade a passé la nuit dans le coma; la tête est toujours inclinée vers le côté paralysé, et les yeux ont de la tendance à se porter du côté opposé. Les membres inférieurs ont conservé leurs mouvements; le bras gauche, relevé, retombe flasque, mais il a conservé la sensibilité.

La respiration est assez tranquille.

La température de la main droite est de 37°,1; celle de la main gauche est de 34°,3; il y a eu un abaissement de température du côté paralysé.

On remarque que le bras droit est flasque et n'exécute plus de mouvement.

La température du rectum est de 38°.

La malade a succombé le 13 mars 1866, à cinq heures du matin.

*Autopsie.*—Hypertrophie concentrique du cœur; valvules sigmoïdes indurées.

Le cerveau présente un ramollissement des deux lobes occipitaux; le ramollissement du côté droit est plus considérable que celui du côté gauche.

### OBSERVATION VII.

Hémiplégie gauche. — Contracture persistante dans les muscles du cou. — Déviation de la tête du côté paralysé.

Vernier (Louise-Geneviève), âgée de 68 ans, exerçant la profession de concierge, est entrée le 15 mars 1863 dans le service de M. le Dr Charcot.

Cette malade, dont nous ne donnerons pas l'observation complète, nous a présenté comme phénomènes particuliers, d'abord des bâillements continuels pendant les premiers jours qui ont suivi l'attaque; puis une contracture des muscles du cou qui a duré jusqu'à la mort.

Le côté paralysé n'offre rien de particulier, si ce n'est les phénomènes ordinaires. La tête chez elle a été constamment tournée à gauche, c'est-à-dire du côté paralysé. La malade portait constamment la main droite sur le côté droit de la tête.

La température rectale qui au moment de l'attaque était de 37°,9 est arrivée un peu avant le décès à 39°,2.

La malade est morte le 27 avril 1863.

L'autopsie n'a pu être faite.

## OBSERVATION VIII.

Hémiplégie gauche. — Pas d'autopsie. — Déviation de la tête du côté paralysé.

Duhamel (Félicité,) âgée de 88 ans, est entrée le 19 août 1866 à la Salpêtrière dans le service de M. le D[r] Charcot.

Cette femme était sujette à des épistaxis, à de fréquents maux de tête. Pas de paralysie antérieure.

Le 18 août 1866, elle se trouve fatiguée; le 19, elle éprouve un éblouissement sans perte de connaissance, et elle s'aperçoit qu'elle est paralysée du côté gauche.

A la visite, on trouve la malade dans un coma profond avec une respiration stertoreuse. Le bras et la jambe gauches retombent lorsqu'on les soulève; pas de rigidité dans ces deux membres.

La tête est tournée et inclinée du côté gauche; les yeux sont déviés à droite. Lorsqu'on cherche à tourner la tête du côté droit, elle revient d'elle-même se pencher vers le côté gauche du corps.

La malade comprend ce qu'on lui dit et prononce quelques mots inarticulés. La langue est tirée vers le côté gauche du corps. Les pupilles sont égales et fortement contractées. Lorsqu'on pince la malade, elle exécute quelques légers mouvements avec le bras gauche.

La sensibilité est très-obtuse des deux côtés du corps, mais les mouvements sont conservés à droite.

La température du rectum est de 37°,2.

21 août : tête toujours penchée vers la gauche ; différence de température très-marquée aux membres supérieurs.

La malade semble un peu moins abattue; elle répond un peu aux questions qu'on lui fait. Le pouls est plein ; il y a 124 pulsations. On remarque au coccyx une rougeur diffuse. La température du rectum est de 37°,2.

Le 22. Même état. Pouls à 140 pulsations. Les membres sont toujours flasques.

La température du rectum est montée à 39°,1, La malade a succombé le 22 août à sept heures du soir dans un coma profond.

## OBSERVATION IX.

Hémiplégie récente du côté gauche. — Ramollissement par suite d'athérome d'une branche de la sylvienne. — Déviation des yeux à droite.

Coquart (Marie-Victoire), âgée de 86 ans, exerçant la profession de dévideuse, est entrée le 19 juin 1867 dans le service de M. le Dr Charcot.

Cette malade dont je ne donnerai pas l'observation complète nous offre ceci de particulier. Chez elle, il n'y a pas eu de symptômes précurseurs de l'attaque, ni de perte de connaissance. Elle a été prise.

le 18 juin 1867, de faiblesse dans tout le côté gauche du corps. Les jours suivants, il y a eu les phénomènes que l'on rencontre dans les hémiplégies, c'est-à-dire différence notable de température entre les deux côtes du corps, abolition des mouvements et de la sensibilité du côté paralysé, déviation des yeux à droite, de la bouche et de la langue.

La température du rectum était de 38°,2, et elle est restée la même pendant tout le temps qu'à vécu la malade. Il n'y a donc pas eu d'élévation terminale de la température centrale.

Une saignée a été pratiquée à chacun des bras; le sang n'a pas offert une couleur différente du côté paralysé.

Le 1er juillet, perte subite de connaissance, coma profond. On remarque que les pupilles sont contractées ; les deux paupières supérieures sont tombées ; les yeux sont immobiles et tournés à droite.

La température du rectum n'a pas varié, elle est toujours de 38°,2.

La température des deux côtés du corps offre toujours une différence très-notable, soit au membre supérieur, soit au membre inférieur.

La malade a succombé le 2 juillet 1867, dans un coma profond.

Nous n'insisterons pas sur l'autopsie, ce travail étant surtout fait au point de vue des symptômes. Elle n'a du reste offert rien de bien remarquable.

## OBSERVATION X.

(Extrait de M. Bouchard).

**Hémiplégie gauche. — Hémorrhagie cérébrale. — Anévrysmes cérébraux. — Eschare. — Déviation de la tête à droite.**

Quentin (Marie-Marguerite), veuve Lemierre, âgée de 74 ans, entre, le 22 juillet 1866, dans le service de M. le Dr Charcot. Les renseignements que donne la malade sont à peu près insignifiants.

On ne sait pas si cette femme a déjà eu des attaques; dans tous les cas, elle marchait seule.

Le 22 juillet 1866, elle est tombée tout à coup de sa hauteur. Quand on l'a relevée, elle avait perdu connaissance et était paralysée du côté gauche.

A son entrée à l'infirmerie, on la trouve dans l'état suivant: la face et les yeux sont tournés à droite; la bouche est fixée vers la droite, les plis sont effacés à gauche; rien aux paupières, ni aux pupilles. La malade ne peut tirer qu'incomplétement la langue, qui ne paraît pas déviée, mais présente sur le bord gauche une excoriation ecchymotique. On assure pourtant que la malade n'est pas sujette à des crises d'épilepsie, et qu'elle n'a pas eu de convulsions au moment de l'attaque.

Les membres du côté gauche retombent inertes et n'exécutent pas de mouvements volontaires. La sensibilité y semble très-obtuse; toutefois les mouvements réflexes y sont bien conservés, même au

bras qui, lorsqu'on le pince, se relève comme par un mouvement de reptation, puis s'allonge.

Ce bras n'est pas tout à fait flasque; on éprouve de la résistance quand on veut l'étendre complétement. La malade sent le pincement du côté droit et cherche à s'y soustraire.

On remarque que le fémur gauche est fracturé à son extrémité supérieure, que la tête est contusionnée à l'occiput.

L'intelligence est obtuse, cependant la malade tire la langue quand on le lui ordonne; par moments elle prononce quelques paroles inintelligibles.

23 juillet. Même état, même contracture légère du bras gauche, ecchymose à la face interne de la cuisse gauche; phlyctène excoriée à la fesse du même côté.

Le 24. La phyctène a laissé une surface dénudée, ecchymotique. La température du rectum est de 38° 1/5.

Le 25. L'eschare de la fesse gauche s'élargit notablement; on remarque des mouvements carphologiques de la main droite. Même état de la tête et des membres gauches. La température du rectum est de 37° 3/5.

Les 26, 27 et 28. Même état.

Le 29. L'eschare est étendue aux deux fesses. Flaccidité du membre supérieur gauche ; la tête est toujours tournée vers la droite; le cou est rigide ; la sensibilité est très-obtuse au membre supérieur

gauche; les mouvements réflexes ne s'y observent plus. On remarque des mouvements réflexes au membre inférieur gauche; sur le tibia correspondant, il s'est produit une phyctène par compression. La paralysie faciale est toujours très-prononcée; le pouls bat 144 fois à la minute. La température du rectum est montée à 38° 2/5.

Le 30. La tête est encore déviée du côté droit, le cou très-roide; l'œil droit est en strabisme externe; état comateux. La température du rectum est de 39° 1/5.

*Autopsie.* Hémorrhagie dans le ventricule latéral de l'hémisphère droit.

Nous ne nous étendrons pas sur l'examen cadavérique, car ce travail est fait surtout en vue des symptômes.

## OBSERNATION XI.

(Extrait de M. Prévost).

Ancienne hémiplégie. — Attaque nouvelle. — Hémiplégie droite peu nette au début avec contracte. — Rotation de la tête et des yeux à gauche. — Hémorrhagie du centre ovale gauche.

Thérèse-Euphrosine D..., 71 ans, morte le 16 mars 1866 à l'infirmerie de la Salpêtrière (service de M. Charcot).

Cette femme, affectée d'une ancienne hémiplégie gauche avec contracture, est frappée brusquement,

le 11 mars, d'une attaque d'apoplexie avec perte de connaissance. On constate, outre l'ancienne hémiplégie gauche, une hémiplégie droite, mal caractérisée ; il y a aussi un peu de contracture dans le bras droit qui offre une température plus élevée que le gauche. La commissure labiale est un peu tirée à gauche et élevée ; la tête est en rotation du côté gauche, les yeux sont déviés à gauche, sans strabisme ; les pupilles, égales, sont légèrement contractées.

Etat comateux.

Les jours suivants, l'hémiplégie droite se dessine davantage. La malade conserve toujours la même attitude de la tête et des yeux, qui sont tournés du côté gauche ; le coma devient stertoreux. Elle a succombé le 14 mars.

Nécropsie. — Hémisphère gauche. — A la partie postérieure du lobe pariétal se trouve une tumeur formée par du sang formant un caillot de la grosseur d'un œuf.

Hémisphère droit. — Anciennes lésions sur lesquelles je n'ai pas à insister ici.

### OBSERVATION XII.

(Extrait de M. Prévost).

Apoplexie. — Hémiplégie gauche avec un peu de roideur. — Tendance à la déviation des yeux à droite. — Hémorrhagie du centre ovale droit, se rapprochant du corps strié.

Victoire M..., 71 ans, morte le 1er novembre 1866

à l'infirmerie de la Salpêtrière (service de M. Charcot).

Cette femme qui était valide, mais qui se plaignait de fréquents étourdissements, est frappée le 29 octobre, d'une attaque apoplectique avec perte de connaissance. A son entrée à l'infirmerie, la connaissance est revenue, mais elle est obtuse; on constate une hémiplégie gauche. Le membre supérieur retombe inerte quand on le soulève; mais dans le coude et dans l'épaule, il n'y a pas une flaccidité absolue. La main gauche est plus chaude que la droite.

Le membre inférieur offre un peu de rigidité.

La sensibilité est conservée.

Les yeux sont très-manifestement tournés vers l'épaule droite; quand on dit à la malade de tourner les yeux à gauche, elle le fait très-bien, mais habituellement les yeux sont tournés à droite.

La tête n'est tournée ni d'un côté ni de l'autre. Il n'y a pas de roideur du cou, et la malade tourne facilement la tête à droite et à gauche.

30 octobre. Paralysie faciale assez prononcée.

Les yeux sont tournés à droite, mais quand la malade s'éveille, elle peut les porter dans toutes les directions. Même état des membres.

La malade ne tarde pas à tomber dans l'agonie et succombe le 1er novembre.

*Nécropsie.* — *Hémisphère droit.* — En incisant cet hémisphère, on trouve sous les circonvolutions

de l'insula, et en dehors du noyau extra-ventriculaire du corps strié, qui est comme disséqué, une collection sanguine assez considérable, fluctuante, qui laisse échapper une certaine quantité de sérosité sanguinolente et qui renferme un caillot pesant 10 grammes.

Pas d'épanchement sanguin dans les ventricules.

Pas d'autres lésions récentes de l'encéphale.

### OCSERVATION XIII.

(Extrait de M. Prévost).

Attaque d'apoplexie. — Hémiplégie gauche avec contracture. — Tendance à regarder et à rouler à droite avec mystagmes. — Foyer hémorrhagique de la couche optique droite rompu dans le troisième ventricule.

B..., 91 ans, morte le 24 avril 1867 à l'infirmerie de la Salpêtrière (service de M. Charcot).

Le 15 avril 1867, cette femme est frappée d'une attaque apoplectique avec perte de connaissance. Une heure et demie après son attaque, on constate : hémiplégie gauche de la face et des membres avec contracture des deux membres.

La connaissance est revenue, mais l'intelligence est obtuse. La face a une tendance à se tourner du côté droit ; les yeux ne sont pas sensiblement déviés, mais sont agités de mouvements de nystagmus de droite et de gauche.

Les pupilles sont égales et étroites.

Les jours suivants, l'état reste assez analogue; la contraction des membres paralysés subsiste jusqu'à la veille de la mort, on constate aussi une légère élévation de température du côté gauche.

Quant à la déviation de la tête et des yeux, elle n'a été caractérisée que par une tendance à regarder à droite avec nystagmus et à tourner la face à droite; mais la malade pouvait aussi tourner la tête à gauche quand on le lui demandait.

Le 16 avril, on fut obligé de lui mettre une planche du côté droit de son lit, côté vers lequel elle avait une tendance à se tourner; cette attitude cessa le 19 avril. Le 23 avril, la malade tomba dans le coma et succomba le 24.

*Nécropsie. — Hémisphère droit, hémorrhagie de la couche optique.* — Le foyer, de la grosseur d'une petite noix, atteint un peu la capsule interne de Burdach, mais les deux noyaux du corps strié ne sont pas intéressés.

Le sang s'est répandu dans le troisième ventricule, la perforation a divisé en arrière le frein de la glande pinéale. Les ventricules latéraux et le quatrième ventricule ne contiennent pas de sang, mais de la sérosité sanguinolente.

## CHAPITRE III.

### DES ESCHARES QUI SE DÉVELOPPENT DU CÔTÉ PARALYSÉ.

Un symptôme d'une grande gravité, au point de vue du pronostic, qu'il n'est pas rare de voir survenir dans les hémiplégies récentes soit par ramollissement, soit par hémorrhagie du cerveau, c'est la production d'une eschare sur la fesse du côté paralysé. Elle se développe rarement avant le second jour, rarement aussi après le septième jour. Cette altération, sur laquelle M. Charcot a le premier appelé l'attention, siége exclusivement du côté de l'hémiplégie et débute par le milieu de la fesse, en un point où la peau supporte assurément une partie notable du poids du corps, mais où cependant la pression est atténuée par l'épaisse couche de tissu cellulo-adipeux qui le double et par les masses musculaires sous-jacentes. Elle ne peut donc pas être comparée absolument aux eschares que la pression par décubitus prolongé produit dans d'autres maladies, telles que la fièvre typhoïde, eschares qui siégent de préférence au niveau du sacrum.

Cette lésion, qui apparaît dans une partie où la circulation et la calorification sont généralement exaltées par les troubles vaso-moteurs, que nous avons indiqués dans un autre chapitre, débute par

une tache violacée, diffuse, vers le milieu de la fesse, dont la peau est aussi d'une façon générale un peu plus rouge que celle du côté opposé. Le lendemain la tache violacée est mieux délimitée, plus foncée, surtout au centre où elle a une teinte franchement ecchymotique ; déjà à ce moment, l'épiderme qui la recouvre est un peu ridé, et bientôt il est séparé du derme par une très-mince couche de sérosité, qui n'est d'ailleurs jamais assez abondante pour former une véritable ampoule. Soit qu'on l'arrache, soit que le frottement du lit emporte cet épiderme, il laisse bientôt à nu le derme altéré dont la coloration ecchymotique, devenue encore plus foncée, ne tarde pas à devenir complétement noire. En même temps, l'altération a gagné en étendue. Si la vie se prolonge, l'eschare peut se limiter, une auréole rouge se montre à sa périphérie, et un sillon peut se creuser entre les parties mortifiées et les parties qui restent saines; l'eschare peut même s'éliminer suivant les procédés habituels. Il est très-rare que, même dans les cas où cette eschare prend un grande extension, elle dépasse la ligne médiane pour gagner le côté opposé.

Un autre symptôme, dont M. Charcot a également signalé l'immense gravité pronostique, se développe en général concurremment avec la production de cette eschare, nous voulons parler de l'élévation brusque de la température centrale qui dans quelques cas précède même l'apparition de la tache violacée, et a pu faire présager une mort

prochaine avant même que l'eschare se soit manifestée. Mais cette dernière lésion à elle seule suffit pour faire porter un pronostic des plus défavobles. Et l'on peut dire que, si l'on voit quelquefois guérir les eschares développées sur la fesse du côté paralysé, ce n'est que dans le cas où elles se sont développées tardivement. Celles au contraire qui se développent du deuxième au septième jour peuvent être considérées comme un avant-coureur d'une fin funeste. Un seul cas, jusqu'à ce jour, paraît avoir fait exception à cette règle ; c'est l'observation d'une femme entrée dans le service de M. Charcot, et rapportée par M. Bouchard, dans son travail sur la dégénération secondaire de la moelle.

Lorsqu'on fait une coupe perpendiculaire à la surface d'une de ces eschares, on trouve des lésions beaucoup plus profondes qu'on aurait pu le supposer pendant la vie des malades. La teinte violacée du derme gagne le tissu cellulo-adipeux et les muscles, dans une étendue considérable. Les parties ainsi colorées sont diffluentes, molles, pulpeuses, sans odeur caractéristique, et laissent suinter une sanie d'un noir violacé, parsemée de facettes huileuses.

L'examen microscopique montre, dans l'épaisseur des tissus altérés, un liquide d'un rouge violacé, dans lequel baignent les éléments anatomiques, et qui tient en suspension un nombre considérable de granulations graisseuses. Les éléments anatomiques eux-mêmes sont encore reconnais-

sables, à l'exception des globules sanguins, à la dissolution desquels il semble qu'on puisse rapporter la coloration spéciale du liquide qui infiltre le tissu nécrosé. Les éléments conjonctifs, les fibres élastiques et tendineuses ont conservé à peu près leurs caractères normaux; les éléments musculaires présentent au contraire de notables altérations. Les faisceaux primitifs sont opaques, grenus; ceux qui sont compris dans l'eschare ont une légère teinte violacée; ceux qui sont à la limite présentent, dans une étendue assez grande, une coloration d'un brun jaunâtre. Cet état grenu des faisceaux primitifs n'est dû qu'en partie à la présence de granulations graisseuses dans l'intérieur du sarcolemme. La plupart des granulations sont de nature protéiques. Elles deviennent plus transparentes par l'action de l'acide acétique.

L'aspect strié des faisceaux primitifs n'est pas perdu seulement dans les parties qui présentent la coloration violacée; il manque également dans une assez grande étendue au pourtour de l'eschare, où le tissu musculaire a une coloration feuille-morte; mais dans ces derniers points on peut le faire reparaître en partie par l'action d'une solution de chlorure de sodium. Il rend de nouveau visibles les stries transversales.

Nous avons pu nous-même constater ces détails microscopiques, grâce aux préparations qui ont été mises à notre disposition par M. le D[r] Bouchard.

Il est très-difficile, sinon impossible, de donner

dans l'état actuel de la science une interprétation physiologique de la production de ces eschares. L'influence de la pression n'intervient certainement que d'une façon très secondaire, puisque rien de semblable ne s'obsérve sur la fesse, du côté sain qui supporte également le poids du corps. D'ailleurs, le lieu d'élection des eschares du siége, produites par la pression, c'est la région sacrée et non le milieu de la fesse. On ne peut également ne pas invoquer l'irritation produite par le contact des matières fécales, ou des urines altérées, parce que ces causes ont fait défaut dans un certain nombre de cas, et parce que, d'autre part, ces eschares sont souvent trop précoces pour rendre admissible une semblable hypothèse.

Le siége exclusif de la gangrène, sur une partie paralysée, prouve que l'influence nerveuse ne doit pas être étrangère à la production de ce phénomène. Mais par quel procédé le trouble de l'innervation produit-il ce résultat? Serait-ce par les modifications qu'il apporte à la circulation? Les faits de physiologie expérimentale, actuellement connus, se prêteraient mal à cette interprétation.

Les paralysies des vaso-moteurs, comme on les obtient par la section des nerfs, en amenant le relâchement de petits vaisseaux, produisent bien cette accélération de la circulation capillaire, et cette élévation de la température, telle que nous l'avons indiquée, dans les parties paralysées chez les sujets atteints d'hémiplégie récente, mais loin de produire

une tendance à la gangrène, elles semblent au contraire exalter les propriétés vitales des tissus. C'est ainsi que M. Brown-Séquard a vu la rigidité cadavérique et la putréfaction retarder dans les parties où les nerfs vaso-moteurs avaient été paralysés artificiellement. Le contraire s'observe dans les parties frappées d'hémiplégie par cause cérébrale. Cette apparente contradiction entre ces faits pathologiques et les résultats auxquels a conduit l'expérimentation dépend d'une influence encore inconnue. Et nous ne pouvons signaler qu'à titre d'hypothèse l'opinion qui voudrait rattacher ces phénomènes à l'influence d'un ordre de nerf, dont l'existence est encore problématique, et qui agiraient directement sur la nutrition des tissus, sans l'intermédiaire obligée de la circulation. Nous voulons parler des nerfs trophiques.

## CHAPITRE IV.

### DE LA DÉVIATION DES YEUX ET DE LA ROTATION DE LA TÊTE DANS LES HÉMIPLÉGIES RÉCENTES.

Ce symptôme, entrevu déjà par M. Cruveilhier, a été, dans ces derniers temps, l'objet de nouveaux travaux. M. le professeur Vulpian, dans son cours fait en 1864, au Muséum, et après lui M. Prevost, nous en ont donné un tableau complet.

Les malades qui nous offrent ce symptôme bien caractérisé ont habituellement une attitude spéciale; l'hémiplégique, étendu sur le dos, a généralement la face tournée du côté opposé à la paralysie. Les yeux regardent également du même côté. Le malade semble avoir une propension invincible à diriger son regard du côté sain.

Il est bon de prévenir le lecteur, que cette déviation des yeux ne peut être comparée au strabisme que l'on rencontre chez certains malades. Dans le strabisme en effet, ou il y a déviation de l'un des yeux, ou des deux yeux, cette déviation est telle, qu'il y a perte de synergie et de concordance entre les deux axes optiques. Au contraire, dans la déviation conjuguée des yeux, qu'on observe si souvent dans les hémiplégie récentes, la déviation des globes oculaires se fait dans un même sens; tandis que l'œil du côté sain regarde en dehors, l'œil du côté paralysé regarde en dedans, et cette double déviation maintient en quelque sorte le parallélisme des axes optiques.

Ce symptôme peut se montrer au moment même de l'attaque, ou bien il ne survient que dans les premiers moments qui suivent.

Lorsqu'il est très-prononcé, la tête est alors en rotation forcée sur le cou dont certains muscles nous offrent de la roideur. Si l'on cherche à redresser la tête, le malade éprouve quelquefois de la douleur, et aussitôt que la main ne maintient plus la position nouvelle, il peut arriver que la rotation se produise

de nouveau, quelquefois même elle se fait avec une certaine rapidité.

Dans un grand nombre de cas, la tête n'est pas ainsi en rotation forcée, si toutefois il nous est permis de nous exprimer de la sorte, du côté sain; elle semble n'avoir qu'une simple tendance à se tourner de ce côté. On peut, en effet, lui faire facilement prendre une position quelconque; seulement elle reprend, au bout d'un temps variable, sa position primitive, c'est-à-dire qu'elle se penche de nouveau vers le côté sain. Dans ces cas, les yeux ont aussi une déviation bien moins prononcée; quelquefois même il est impossible de l'apprécier.

D'après ce qui précède, il semblerait que l'intensité dans la rotation de la tête doit être proportionnelle à la déviation des globes oculaires. Il n'en est rien dans quelques cas. On voit, en effet, quelquefois chacun de ces symptômes se montrer seul et indépendant de l'autre.

La déviation des yeux est, d'une manière générale, plus fréquente que la rotation de la tête; elle s'accompagne assez fréquemment de nystagmus.

Suivant M. Vulpian, la déviation des yeux et la rotation de la tête seraient deux phénomènes de courte durée; bien que cependant ils puissent avoir une durée assez longue. Au point de vue du diagnostic, ce symptôme peut quelquefois être d'un grand secours, pour découvrir une lésion cérébrale unilatérale, par exemple dans le cas de résolution complète du corps.

Quelle est la fréquence de ce symptôme dans les hémiplégies récentes? Nous nous contenterons de répondre que ce phénomène nous a paru se montrer plus souvent dans les hémiplégies à début brusque, que dans celle à marche progressive.

M. Vulpian nous semble avoir donné l'explication physiologique de la déviation des yeux et de la rotation de la tête. A la suite de nombreuses expériences, cet observateur a trouvé un rapprochement très-grand entre le phénomène dont nous nous occupons, et les mouvements de rotation qu'il a observés chez les animaux à la suite de certaines lésions cérébrales. Nous ne nous étendrons pas davantage sur ce symptôme, et pour les détails, nous renvoyons le lecteur à la thèse de M. Prevost.

---

## CHAPITRE V.

### DE LA TEMPÉRATURE DU CÔTÉ PARALYSÉ DANS LES HÉMIPLÉGIES RÉCENTES.

Nous emprunterons en partie l'historique de cette question au cours fait à l'Ecole pratique (semestre d'été), par M. Charcot en 1867.

Gendrin a dit que les membres du côté paralysé sont froids dès le début, et que s'ils se réchauffent, c'est un signe favorable.

Frank avait mieux vu en disant que souvent, le

membre est chaud et que les artères battent avec plus de force. Briquet a constaté la même température des deux côtés. M. Schff, théoriquement, a dit que dans les paralysies de cause cérébrale, les membres doivent être froids.

En somme, on doit à M. Andral et à ses élèves, d'avoir, avant 1850, montré que le côté paralysé est plus chaud dans les cas récents.

D'après M. Routier, élève de M. Andral (thèse soutenue à Paris en 1846), les membres du côté paralysé sont plus chauds; mais dans les premières heures qui suivent l'attaque, M. Routier dit avoir constaté le refroidissement; l'élévation de température ne serait que consécutive.

D'après M. Charcot, un refroidissement prononcé dès le début, du côté paralysé, n'existe que lorsque le côté est contracturé.

MM. Charcot et Vulpian, ainsi que M. Prevost et Cotard, ont attiré l'attention de nouveau sur l'élévation de la température dans le côté paralysé.

C'est presque exclusivement aux matériaux recueillis à la Salpêtrière, dans le service de MM. Charcot et Vulpian, que M. Folet a emprunté les éléments de son mémoire.

Voyons maintenant, comment se présente l'hémiplégique au point de vue de la température. La communication faite par M. Lépine, interne de M. Charcot, à la Société de biologie (janvier 1868), nous a été d'un grand secours dans l'exposé de ce phénomène.

Si l'on arrive dans les premiers moments qui suivent l'attaque, on ne constate pas le plus souvent de différence de température entre les deux côtés; le côté paralysé n'est pas notablement plus chaud; ainsi la paralysie des nerfs vaso-moteurs ne se manifeste pas aussi rapidement que la paralysie des nerfs moteurs. D'autre part, ce côté n'est pas généralement plus froid, à moins qu'il n'existe de la contracture, ainsi que l'a remarqué M. Charcot.

Les choses sont différentes au bout de quelques heures; on remarque que l'excès de chaleur est très-manifeste dans les membres paralysés. Tous les points ne sont pas favorables pour la constatation de la différence de chaleur entre les deux côtés. Un des meilleurs points est la paume des mains. Voici le moyen qui nous a réussi souvent, dans la recherche de l'élévation de température du côté paralysé. On enveloppe d'une couche de coton la boule d'un thermomètre; on place le tout dans les deux mains du malade sur lequel on expérimente; puis on lui ferme ses mains. Après un temps variable, on voit que les deux thermomètres restent fixes; seulement il y a entre eux une différence de un et même quelquefois de trois degrés. Nous avons remarqué que jamais la différence n'était aussi grande pour les autres segments du membre supérieur.

M. Routier a dit à tort qu'il n'y avait pas de différence entre les aisselles; généralement en effet

cette différence existe. Dans ses nombreuses observations M. Lépine a presque toujours constaté une différence de deux dixièmes de degré et davantage. Cet écart entre les aisselles est variable ; il n'est pas le même dans les premiers jours de l'attaque apoplectique. — Nous ferons remarquer en passant que, contrairement à l'opinion générale, la température de l'aisselle ne donne pas la température intérieure de l'individu ; il y a en effet entre la température de l'aisselle la plus chaude et celle du rectum une différence de au moins un degré.

La température du membre inférieur n'est jamais aussi élevée que la température du membre supérieur. Nous avons pu faire cette remarque un grand nombre de fois sur les malades que nous avons examinés. Pour bien juger de la différence de température aux membres inférieures, il faut, d'après la remarque de M. Charcot, explorer les rotules avec la face palmaire de la main. On peut ainsi constater l'élévation de la température du côté paralysé, même lorsque celle-ci offre une différence peu sensible.

Cet excès de chaleur, du côté paralysé, s'accompagne souvent, d'après M. Charcot, d'une coloration particulière. On voit que la paume de la main du côté malade est d'un rouge violacé ; cette couleur contraste avec celle de la main du côté sain qui est normale.

On remarque en même temps, assez souvent, un gonflement de l'un ou des deux membres du côté paralysé; l'avant-bras nous a paru offrir surtout ce phénomène.

Dans les derniers moments de la vie, toute différence peut disparaître dans la température des membres. La paralysie vaso-motrice paraît générale. On peut, en effet, avoir une chaleur générale des deux côtés, sans excès de température du côté paralysé. Nous devons prévenir le lecteur qu'il est des cas où, même dans les dernières heures de la vie, la différence de température existe entre les deux membres. C'est à ce moment que la tempérare centrale est monté à 40° ou 41°.

Après la mort, la différence de la température peut persister dans les membres du côté paralysé. M. Lépine a vu, chez trois malades, un refroidissement des plus nets du côté paralysé. Ce refroidissement était surtout marqué pour le membre supérieur qui était plus paralysé que le membre inférieur. En explorant la face deltoïdienne du cadavre, plusieurs personnes, avec M. Lépine, ont pu constater que cette région était beaucoup plus froide que celle du côté paralysé, trois ou quatre heures après la mort; or, pendant la vie, le membre supérieur était manifestement plus chaud. Aux membres inférieurs, au contraire, où la paralysie était moindre, le refroidissement était également bien moins marqué.

Il est à désirer que de nouveaux faits viennent jeter une lumière plus vive, sur une partie aussi intéressante de l'histoire de la chaleur dans les hémiplégies récentes. Il nous semble très-difficile de donner une explication de ce refroidisssement *post mortem*. M. Lépine, cependant, croit pouvoir en donner l'explication suivante : Il est probable que les actes organiques, qui se passent dans les muscles après la mort, s'accompagnent de développement de chaleur, et on peut admettre que ces actes ont une intensité moindre dans le côté paralysé; ainsi, de ce côté, il n'y aura pas au même degré que du côté sain une cause locale capable de lutter contre le refroidissement dû au milieu ambiant.

Essayons maintenant de nous rendre compte de l'excès de chaleur du côté paralysé.

Il est rationnel d'admettre que l'excès de la température, quand il existe, tient à la dilatation des vaisseaux du côté paralysé. Cette cause n'a pas satisfait M. Folet, et voici ce qu'il dit à ce sujet : « Ce n'est pas la variation de la quantité du sang, mais bien la variation du travail chimique effectuée qui est capable d'amener la variation de la chaleur produite. En d'autres termes, la température d'une partie du corps ne pourra pas s'élever, par le fait seul que dans les vaisseaux de cette partie, au lieu d'une quantité $n$ de sang, il en circulera une quantité $n + x$. Le thermomètre ne montera que si l'intensité des combustions organiques s'accroît en

raison directe de l'augmentation de la masse du sang et il baissera forcément si l'intensité des combustions interstitielles diminue. » Or, M. Folet s'efforce de prouver qu'il y a diminution des combustions organiques du côté paralysé. Il ne voit donc d'autres raisons, pour expliquer l'élévation de la température, que le mécanisme physique de calorification par le frottement contre les parois des vaisseaux d'une colonne sanguine plus considérable et plus rapide. Mais, ainsi que le fait remarquer M. Lépine, M. Folet commet ici une légère confusion. Sans doute dans la profondeur des tissus, la chaleur est en raison directe de l'intensité des combustions organiques, ou du moins la théorie porte à le croire; c'est en effet de ces combustions organiques que dépend la température du sang. « Mais à la surface d'un membre, auquel le milieu ambiant soutire sans cesse de la chaleur, n'est-il pas évident que la température s'abaissera moins, si la quantité de sang qui est le véhicule de la chaleur augmente? Et si l'on se refuse à admettre que la dilatation des vaisseaux superficiels peut élever la température de la peau, comment expliquer, par exemple, que dans le cas d'oblitération de la fémorale, la température de la peau de l'aine est relativement plus haute que celle de la région correspondante du côté opposé ? »

On peut se demander maintenant comment se comportent vis-à-vis du refroidissement les mem-

bres paralysés, par rapport aux membres sains. M. Lépine a fait de nombreuses expériences sur la manière dont se comporte le membre sain et le membre paralysé, lorsqu'ils sont soumis à un refroidissement d'égale durée et d'égale intensité. Nous nous sommes, à l'exemple de cet observateur, également occupé à faire quelques recherches. Voici les résultats que l'on obtient. D'une manière générale, le membre paralysé qui est plus chaud au commencement de l'expérience, se refroidit moins que le côté sain; cela est d'ailleurs facile à prévoir (1). C'est la même chose que M. Claude Bernard a observée dans les expériences sur les animaux auxquels il a sectionné le grand sympathique. Cependant lorsque l'application de l'eau froide n'est pas trop prolongée, on peut voir le côté paralysé se refroidir davantage. Nous allons rapporter du reste une expérience :

(1) M. Lépine a fait dans le service de M. Charcot des expériences dans les hémiplégies très-anciennes, avec refroidissement du côté paralysé. Dans ce cas, on obtient généralement, comme dans les cas récents, par l'immersion des mains dans l'eau froide, moins de refroidissement dans le côté paralysé. Ainsi, après une immersion dans l'eau froide des deux mains, si la main saine tombe à 12°, la main paralysée reste à 14°. Que, si alors on porte les mains dans l'eau chaude à une température de 40° à 50°, on voit la température de la main saine s'élever à 38°, tandis que la main paralysée s'élève seulement à 37°. Ainsi donc, on voit que la température du membre paralysé n'est pas susceptible d'oscillation aussi étendue que celle du côté sain.

Observation de la nommée Buyck (service de M. Charcot) (1).

| | CÔTÉ PARALYSÉ (*cuisse gauche*). | CÔTÉ SAIN (*cuisse droite*). |
|---|---|---|
| Vase glacé laissé en contact pendant vingt secondes : | | |
| A l'enlèvement du vase, | 13°,5 | 14° |
| Vase glacé pendant trente-cinq secondes : | | |
| A l'enlèvement du vase, | 11° | 11°,5 |
| Vase glacé pendant 30 secondes : | | |
| A l'enlèvement du vase, | 7°,5 | 8° |
| Quinze secondes plus tard, | 9°,5 | 11°,5 |
| Vase glacé pendant six minutes : | | |
| A l'enlèvement du vase, | 6° | 5°,8 |
| Quinze secondes plus tard, | 7°,3 | 7° |
| Trente secondes plus tard, | 8°,5 | 8° |

Ainsi, après un refroidissement médiocre ayant duré quelques secondes, le côté paralysé qui était plus chaud au début de l'expérience est devenu plus froid ; résultat constaté dans trois expériences consécutives. Mais, après avoir appliqué une plus haute dose de froid, le refroidissement ayant duré quelques minutes, le côté paralysé se refroidit moins que le côté sain.

Pour obtenir un refroidissement relativement plus grand du côté paralysé que du côté sain, il faut une petite dose de froid, mais il ne faut pas que cette dose soit trop petite. Avec de l'eau à 15° le côté paralysé peut rester plus chaud. M. Lépine a remarqué que, lorsqu'on découvre un hémiplégique, et

(1) Lépine, Comptes-rendus de la Société de biologie, 1868.

nous avons fait la même observation, souvent le membre supérieur du côté paralysé reste plus chaud au-dessus des couvertures ; tandis que chez le même malade, dans les mêmes conditions, le membre inférieur du côté paralysé, plus chaud sous les couvertures, peut, au bout de quelques minutes au contact de l'air, devenir plus froid. Nous ferons remarquer que si ces membres se comportent différemment, c'est que la paralysie vaso-motrice n'existe pas au même degré au membre inférieur qu'au membre supérieur. Ainsi, une certaine dose de froid qui, appliquée aux membres supérieurs, était insuffisante pour refroidir davantage le membre paralysé par rapport au membre sain, devient suffisante pour le membre inférieur.

---

## CHAPITRE VI.

### DE LA TEMPÉRATURE CENTRALE. — DE LA COLORATION DU SANG DU CÔTÉ PARALYSÉ DANS LES HÉMIPLÉGIES DE CAUSES CÉRÉBRALES.

D'après M. Charcot, dans l'état apoplectique se terminant par la mort, dépendant soit de l'hémorrhagie cérébrale, soit du ramollissement, et en l'absence de complication inflammatoire viscérale, la température obtenue par l'exploration thermométrique des cavités centrales présente trois pé-

riodes. Dans la première, qui correspond aux premières heures qui suivent l'attaque, elle est en général abaissée : au lieu de 37°,5 qui est la température moyenne normale, elle atteint à peine 37°, et peut même fréquemment être notablement inférieure à ce dernier chiffre. Dans la deuxième période, qui dure un nombre variable de fours, elle oscille entre 37°,5 et 38°. Enfin la dernière période, qui annonce une mort prochaine est caractérisée par une ascension très-rapide. Cette température finale peut s'élever jusqu'à 41° et même 42°.

Nous allons dire quelques mots maintenant de la différence de coloration du sang entre le côté paralysé et le membre sain. Il y a déjà quelque temps que M. Brown-Séquard, reprenant et confirmant les recherches de Krimer, a montré qu'après la section du plexus brachial le sang des veines des bras coule en quantité beaucoup plus abondante que dans le cas d'intégrité du plexus. De plus, ce sang perd son aspect habituel; sans être aussi rouge que le sang artériel, comme le voulait Krimer, il cesse d'être noir pour prendre une couleur rouge un peu foncée. Des analyses chimiques ont montré à M. Cl. Bernard que ce sang rutilant des veines peut contenir presque autant d'oxygène que le sang artériel.

Mais c'est M. Charcot qui le premier a eu l'idée de saigner des hémiplégiques par cause cérébrale. Dans un certain nombre de saignées faites

par cet observateur, on a remarqué que le sang de la veine du côté paralysé offrait une coloration manifestement plus rouge que celui de la veine du côté sain.

Nous ne nous étendrons pas sur ce sujet encore tout nouveau; de nouvelles recherches sont encore nécessaires pour venir jeter de la lumière dans cette partie de l'histoire des hémiplégies.

## QUESTIONS

### SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

---

*Anatomie et histologie normales.* — Articulation du coude.

*Physiologie.* — Du toucher.

*Physique.* — Conductibilité des corps.

*Chimie.* — Potasse, soude; leurs composés.

*Histoire naturelle.* — Des arachnides; quels sont ceux qui habitent le corps de l'homme?

*Pathologie externe.* — De la pourriture d'hôpital.

*Pathologie interne.* — Du goître exophthalmique.

*Pathologie générale.* — De l'influence des causes morales.

*Anatomie et histologie pathologiques.* — Des hydatides du foie.

*Médecine opératoire.* — De la résection du genou.

*Pharmacologie.* — Des saccharolés.

*Thérapeutique.* — Des injections médicales souscutanées.

*Hygiène.* — Des vêtements.

*Médecine légale.* — Des taches de sperme, et de leur différence des autres taches avec lesquelles on pourrait les confondre.

*Accouchements.* — De l'hydramnios.

---

Vu bon à imprimer,

VULPIAN, président.

*Permis d'imprimer :*

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.